

**DOMANDA D'ISCRIZIONE NELL'ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI  
PER GLI ISCRITTI NELL'ALBO ODONTOIATRI - DOPPIA ISCRIZIONE**

(marca da bollo)

ALL' ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI  
E DEGLI ODONTOIATRI DI FROSINONE

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

**L'iscrizione nell'Albo dei MEDICI CHIRURGHI di FROSINONE.**

**Il/La sottoscritto/a**, sotto la propria responsabilità, ai sensi dell'articolo 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445

**DICHIARA**

Di essere nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_;

Codice fiscale \_\_\_\_\_;

di essere residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_;

in via \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_,

Tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_;

di essere cittadino/a \_\_\_\_\_;

di aver conseguito il diploma di laurea in Medicina e Chirurgia il \_\_\_\_\_,

presso l'Università degli studi di \_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_\_;

di aver superato l'esame di abilitazione professionale nella sessione \_\_\_\_\_,

presso l'Università degli studi di \_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_\_;

**di essere iscritto nell'Albo degli Odontoiatri dell'Ordine di Frosinone dal \_\_\_\_\_, con posizione**

N. \_\_\_\_\_;

- di **NON** essere interdetto, inabilitato, né sottoposto a procedura fallimentare;
- di **NON** aver riportato condanne penali e di non essere destinatario/a di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di sicurezza e di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa;
- di **NON** essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali;
- di **NON** aver riportato condanne penali che non sono soggette a iscrizione nel certificato del casellario giudiziale;
- di **AVVER** riportato condanne penali; (nel caso di condanne indicare le stesse e produrre la relativa documentazione in copia conforme anche qualora siano stati concessi i benefici della sospensione condizionale della pena e della non menzione della condanna nel certificato del casellario giudiziale. La dichiarazione deve inerire anche le sentenze di patteggiamento):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- di **GODERE** dei diritti civili;
- di **IMPEGNARSI** a segnalare tempestivamente, nei modi dovuti, qualsiasi variazione, modifica o perdita di diritti;

Il/La sottoscritto/a, è consapevole che i dati acquisiti saranno utilizzati esclusivamente per ottemperare alle attribuzioni ed alle finalità istituzionali dell'Ordine; Tali dati, eccetto le residenze, i numeri telefonici e gli indirizzi e-mail, verranno inseriti sul sito Internet dell'Ordine e della FNOMCeO.

**IL/LA SOTTOSCRITTO/A CONSAPEVOLE DELLE SANZIONI PENALI DI CUI ALL'ART. 76 DEL D.P.R. N. 445 DEL 2000 IN CASO DI DICHIARAZIONI MENDACI E CONSAPEVOLE DI INCORRERE NELLA DECADENZA DAI BENEFICI CONSEGUENTI AL PROVVEDIMENTO EMANATO, SULLA BASE DELLE DICHIARAZIONI CHE NON RISULTASSERO VERITIERE (ART. 75 DPR 445/2000), DICHIARA CHE QUANTO SOPRA CORRISPONDE AL VERO.**

DATA \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_

## **ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI FROSINONE**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ incaricato/a, ATTESTA, ai sensi della legge 445/2000 che il Dr./dott.ssa \_\_\_\_\_ identificato a mezzo di \_\_\_\_\_ ha sottoscritto in sua presenza l'istanza.

DATA.....

Timbro e firma dell'incaricato che riceve l'istanza

.....